

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N°

THÈSE 445

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NICOLAS SÉVILÉANO

Né le 21 septembre 1911, à Bucarest (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES CANCERS
DE L'AMPOULE DE VATER

Président : M. LEMIERRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas,

PARIS (5°)

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NICOLAS SÉVILÉANO

Né le 21 septembre 1911, à Bucarest (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES CANCERS
DE L'AMPOULE DE VATER

Président : M. LEMIERRE, Professeur

LIBRAIRIE J. RODSTEIN

17, rue Cujas,

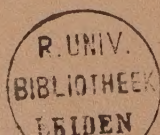
PARIS (5°)

1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des mala- dies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOCIAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE ...	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOL ...	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale	LAROCHE Guy ...	Pathologie médicale
BENARD Henri ...	Pathologie médicale	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale	LELONG	Pathologie médicale
BESANÇON Justin	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale	LEVY-VALENSI..	Neurologie et Psychiâtrie.
CHEVALIER	Pathologie médicale	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale	MOLLARET	Pathologie médicale
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale
FEY	Urologie.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT - DUTAIL-	
CASTINEL	Bactériologie.	LIS	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART		PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
D'ALLIANES ...	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale	RICHT	Physiologie.
GIBROUD	Histologie.	SANNIE	Chimie biologique.
HAGUENAU	Pathologie médicale	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MALPHEN	Oto rhino-laryngologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Pathologie médicale
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
HOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET'	Pharmacologie.	LE LORIES	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HUENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ...	Pathologie chirurgicale.		

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgi- cale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL - LERY-RADOT ..			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétrica- le.
METZGER	

V. -- Chargés de Cours

MM.	
CHIALLEY-BERT, agrégé	Education physi- que.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.*

A MA MERE ET A MON PERE

Que ce faible témoignage de reconnaissance et d'affection soit une modeste compensation à leurs sacrifices.

A MA SOEUR A MON FRERE

Toute mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

Qui nous a fait l'honneur de présider cette
thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé MARCEL BRULÉ

Médecin de l'Hôpital Tenon

Avec toute notre gratitude pour avoir inspiré
cette thèse et nous avoir guidé de ses conseils.

Témoignage de ma profonde reconnaissance
pour tout ce que je lui dois.

AU DOCTEUR HILLEMAND

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a aidé de ses conseils et nous a
toujours témoigné la plus grande bienveillance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur Pierre DUVAL

Monsieur le Professeur BESANÇON

Monsieur le Professeur CUNEO

Monsieur le Docteur MAY

Monsieur le Docteur MOREAU

Monsieur le Docteur ESCALLE

Monsieur le Docteur MADIER

INTRODUCTION

Les deux observations personnelle nous ont donné l'occasion :

d'une part de reprendre une étude d'ensemble sur les cancers de l'ampoule de Vater,

d'autre part, d'insister sur la fréquence relative de certaines formes cliniques douloureuses et fébriles dont l'existence ne fait que rendre le Diagnostic encore plus malaisé.

Si leur Diagnostic, en effet, nous apparaît comme fort délicat cliniquement, et s'il est souvent facilité par les renseignements fournis par le tubage duodénal, il reste cependant encore assez fréquemment une découverte d'intervention exploratrice ou de vérification anatomique.

C'est dire l'utilité d'envisager toujours la possibilité d'un cancer de l'ampoule de Vater lorsqu'en pratique on est amené à discuter l'étiologie d'un ictère chronique par rétention.

DEFINITION

Le cancer de l'ampoule de Vater est pratiquement représenté par le *Néoplasme primitif* réalisé par la transformation cancéreuse des épithéliums constitutifs de la région vaticienne :

soit de l'épithélium de l'ampoule elle même (lorsqu'elle existe),

soit de celui de la portion des canaux,

cholédoque et *pancréatique* comprise dans l'épaisseur même des parois du Duodénum (Letulle).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les caractères anatomo-pathologiques des cancers de l'ampoule de Vater varient en pratique selon le siège de leur point de départ :

intestinal (ou ampullaire)

cholédocien ou

wirsungien.

ASPECT MACROSCOPIQUE :

1° Le cancer d'origine ampullaire ou ampullome réalise une masse de la grosseur d'une noisette gorgéonnante, saignant facilement.

Plus rarement il s'agit d'une petite ulcération ou d'une induration.

2° Le cancer cholédocien de même que

3° Le cancer Wirsungien sont formés principalement par une petite induration saillante et peu friable.

ASPECT MICROSCOPIQUE :

Les ampullomés : examinés au faible grossissement pré-

sentent des villosités réalisant le classique cancer vilieux de Rakitansky.

Histologiquement il s'agit d'un épithélioma à cellules cylindrique ou d'un carcinome glandulaire.

Le cancer cholédocien : est un épithélioma à cellules cylindriques situé en dedans des couches musculaires de l'intestin (test histologique de Letulle).

Le cancer Wirsungien : réalise par contre un épithélioma à cellules cubiques.

ÉVOLUTION ANATOMIQUE :

La propagation de proche en proche à la muqueuse duodénale sur une large étendue ne semble pas fréquente. En effet le cancer de l'ampoule de Vater reste très longtemps localisé à l'ampoule et se propage peu. C'est là une des caractéristiques essentielles de ce cancer, expliquant son évolution prolongée.

La propagation aux organes voisins est rare et tardive. Parmi les métastases les plus fréquentes nous n'insisterons que sur l'envahissement du groupe ganglionnaire rétro-pancréatique, sur les métastases péritonéales et hépatiques.

Quant à la généralisation si elle existe elle est toujours tardive et relativement rare (Notée dans 15-20 % des cas).

Bien plus fréquentes sont :

Les lésions associées. — Ces lésions jouent un rôle de premier ordre dans la symptomatologie et l'évolution du cancer

de l'ampoule de vater. Elles sont essentiellement des lésions infectieuses et scléreuses.

Parmi les lésions infectueuses, la plus importante est l'infection des voies biliaires et du pancréas. Parmi les lésions scléreuses la pancréatite scléreuse est la plus remarquée.

Quant aux lésions secondaires en rapport avec l'obstacle causé par le cancer, telles que :

L'hypertrophie du foie,

La dilatation des voies biliaires principales et accessoires,

sont des éléments actuellement bien connus et bien établis dont nous nous contenterons de les rappeler simplement ici :

PATHOGENIE

L'explication de la genèse d'une grande partie des signes cliniques doit être cherchée principalement dans :

La situation topographique des lésions, entraînant des phénomènes purement mécaniques ;

La friabilité des lésions, à l'origine des hémorragies intestinales ;

L'association d'un facteur infectieux.

Phénomènes purement mécaniques. — La région ampullaire étant particulièrement étroite, le cancer aboutit rapidement à l'*obstruction* des canaux bilio-pancréatiques.

Il en résulte suivant les cas :

Soit une obstruction cholédocienne, entraînant un ictère par rétention ;

Soit une obstruction Wirsungienne, à l'origine d'un syndrome de rétention pancréatique ;

Soit une obstruction double bilio-pancréatique plus ou moins complète ; c'est le cas le plus fréquent.

Cette obstruction peut être :

Tantôt progressive continue et permanente, c'est le cas habituel des formes de cancer à début canaliculaire ;

Tantôt intermittente ; c'est le fait courant des formes à début ampullaire, de loin la plus caractéristique, réalisant en clinique un ictère chronique par rétention intermittent. On a essayé d'expliquer cette intermittence :

Par le rôle de soupape joué par le cancer intestinal vis-à-vis des canaux (Stockes) ;

Par n'énucléation (détachement) d'une partie du néoplasme (Carnot) ;

Par la greffe de poussées successives d'angiocholite infectieuse.

Mais quel que soit, le mécanisme de l'obstruction, elle entraîne une rétention biliaire et pancréatique. Cette double rétention aboutit à une mise en tension du foie et du pancréas qui semble être à l'origine des manifestations douloureuses de ce cancer.

En faveur de cette opinion plaide le fait que les douleurs sont surtout remarquées au début de la maladie. Par contre, les douleurs s'atténuent à une période avancée. A cette période en effet, il n'y a plus de mise en tension de ces organes car il s'est produit une dilatation des voies biliaires et pancréatiques, suivie d'un processus de sclérose du pancréas et du foie plus ou moins marqué.

La friabilité des lésions explique la fréquence relative des hémorragies, intestinales, symptôme clinique de la plus haute valeur diagnostique. Parfois la friabilité est minime, ne saignant pas ou à peine, aussi seule la recherche des hémorragies occultes dans les selles et surtout dans le liquide duodénal retiré par tubage pourra dépister ces petites hémorragies.

Le facteur infectieux associé (Fiessinger) expliquerait la fréquence de la fièvre et certaines manifestations douloureuses.

Sous l'effet des irritations digestives, le bourgeon cancéreux s'infecte ou du moins exalte son infection, car la région vaticienne est constamment infectée à l'état normal.

Aussi l'obstruction incomplète peut se compléter à ce moment et peut entraîner des phénomènes douloureux et de la fièvre (Fiessinger).

En somme : le siège des lésions anatomiques du cancer.

Sa friabilité et

Le facteur infectieux associé

éclairaient assez nettement l'allure clinique de la maladie.

ETIOLOGIE

Le cancer de l'ampoule de Vater se rencontre avec plus grande fréquence chez l'homme vers la cinquantaine. Si l'on se rapporte aux statistiques on constate que la région Vatérianne est, après le confluent hépato-cystique, l'un des sièges de prédilection des tumeurs du duodénum et des voies biliaires inférieures.

Sa fréquence ne semble avoir aucun rapport avec la lithiase bilio-pancréatique associée ou préexistante.

Parmi les 3 types de cancers de l'ampoule de Vater, c'est la forme cholédocienne avec la forme ampullaire qui sont de loin les plus fréquentes.

Par contre, la forme Wirsungienne passe pour une rareté.

CLINIQUE

Nous envisagerons d'abord un cancer de l'ampoule de Vater réalisant un tableau

d'ictère chronique par rétention intermittent
forme la plus anciennement connue et la plus complètement décrite.

Nous insisterons ensuite sur les :

Formes douloureuses ;

— fébriles ;

— pseudo-lithiasiques.

Nous essaierons enfin d'individualiser quelques formes anatomo-cliniques.

1° Forme à ictère intermittent

Cette forme est le plus souvent réalisée par un cancer de l'ampoule de Vater d'origine intestinale (ampullome).

Début : Le début est des plus *variables*.

Le plus souvent insidieux, il est marqué par quelques troubles dyspeptiques et de vagues troubles de l'état général,

Certains de ces signes groupés pourraient dans certains cas faire penser à la possibilité d'un cancer digestif.

Mais rien n'attire l'attention sur son siège ampullaire.

Rarement le début est plus bruyant, révélé par quelques manifestations douloureuses siégeant à l'épigastre dans l'hypochondre droit, irradiant parfois à l'épaule droite.

En pratique le véritable début de la maladie est dévoilé par *l'apparition de l'ictère*.

Etat : L'ictère est en effet très souvent le signe révélateur du cancer de l'ampoule de Vater. C'est là le *signe capital*, le signe majeur qui attire d'emblée l'attention sur les voies biliaires.

C'est un signe de grande valeur diagnostiqué surtout par son caractère évolutif : *son intermittence*.

Une fois installé, l'ictère est :

Intense, franc, avec coloration des muqueuses et des téguments ;

C'est un ictère par rétention, en effet,

Les urines sont foncées, on y met facilement en évidence des pigments et des sels biliaires ;

Les matières sont décolorées ;

Accessoirement on peut remarquer des signes d'intoxication biliaire : tels le prurit, la bradycardie.

Enfin, c'est un ictère indolore ou à peine douloureux dans sa forme habituelle ; non fébrile, s'accompagnant d'un bon état général pendant une période assez longue.

Il importe surtout d'insister sur l'association de certains *troubles digestifs* en particulier :

La diarrhée ;

L'hémorragie intestinale.

La diarrhée peut alterner avec des périodes de constipation, surtout au début de la maladie ; elle peut devenir persistante par la suite.

Dans l'ensemble cette diarrhée est un signe inconstant mais qui, survenant au cours d'un ictère, par rétention doit attirer l'attention sur la possibilité d'un cancer de l'ampoule de Vater, d'autant plus que dans l'obstruction cholédocienne calculieuse, la constipation est de règle.

Bien plus grande est la valeur diagnostique de *l'hémorragie intestinale*.

Elle est rarement très abondante, se manifestant par un moelena macroscopique.

Le plus souvent elle n'est qu'une découverte du tubage duodénal qui ramène un liquide duodénal sanglant.

Fréquemment ces hémorragies sont minimales et mises en évidence par l'examen chimique des selles ou du liquide duodénal. Mais quelle que soit l'importance de l'hémorragie, seule son existence a une valeur diagnostique de premier ordre et reste un des meilleurs signes du cancer de l'ampoule de Vater.

Et en pratique tout ictère chronique par rétention s'accompagnant d'hémorragie intestinale doit faire envisager la possibilité d'un cancer de l'ampoule de Vater.

L'examen physique fournit souvent des renseignements intéressants.

Le foie est gros, débordant de plusieurs travers de doigts

le rebord costal ; sa consistance est normale ou légèrement accrue ; la surface est lisse, régulière et indolore. Ce sont là les caractères de l'hépatomégalie habituelle au cours de tout ictère par rétention. C'est un foie gorgé de bile (M. Bruié).

La vésicule biliaire est souvent perceptible sous le foie ; elle a la forme d'une tumeur puriforme à grosse extrémité inférieure, rémittente, lisse, nettement arrondie, venant buter contre les doigts lorsque le malade effectue des grands mouvements respiratoires.

Cette grosse vésicule est un signe de grande valeur, érigé par Courvoisier en signe caractéristique de cancer des voies biliaires.

En réalité, ce signe est inconstant et pas toujours pathognomonique.

En somme, un ictère par rétention avec grosse vésicule et hémorragie intestinale sont les manifestations essentielles du cancer de l'ampoule de Vater.

En pratique, cependant, l'hémorragie et la grosse vésicule font souvent défaut, aussi seuls des examens répétés du malade mis en observation et des examens complémentaires permettront de trouver de nouveaux éléments cliniques et surtout évolutifs en faveur du cancer de l'ampoule de Vater.

Il importe surtout d'insister d'emblée sur le caractère évolutif de l'ictère.

En effet, *son intermittence* est des plus significatives. Après une durée variable de 8 jours à 2 mois, il se produit une rémission plus ou moins complète.

Cette rémission peut s'étaler sur plusieurs semaines et même sur plusieurs mois. Pendant cette période le malade déjàunit et présente un bon état général et dans les cas de longues rémissions le malade se croit guéri. Puis la rechute se produit. L'ictère est alors plus marqué qu'à la première poussée, s'accompagne de troubles digestifs plus importants souvent allant de pair avec une poussée de fièvre et quelques douleurs. Enfin l'état général commence à s'altérer.

Plusieurs rémissions sont possibles, mais à partir d'un certain moment la rémission est incomplète le malade reste subictérique. A une période plus avancée l'ictère devient permanent.

Mais dans l'ensemble l'intermittence de l'ictère reste un élément particulier du cancer de l'ampoule de Vater et avec la grosse vésicule et l'Hémorragie intestinale, constitue une véritable triade symptomatique de ce cancer.

Quant aux renseignements fournis par les examens de laboratoires et par le tubage, nous les envisagerons dans un chapitre à part en discutant le diagnostic.

EVOLUTION

L'évolution du cancer de l'ampoule de Vater est remarquable par sa *longue durée*.

Elle dépasse habituellement 18 mois à 2 ans. Nous avons déjà insisté sur la variabilité de l'ictère, sur la succession des poussées d'ictères séparées par des rémissions plus ou moins complètes.

Le nombre des rechutes est des plus variables. Mais dans l'ensemble la cachexie est toujours tardive.

Cette évolution est souvent hâlée par certaines complications :

COMPLICATIONS

Les complications sont assez tardives. Les unes sont assez rares, telles :

- les hémorragies importantes ;
- les métastases viscérales ;
- la généralisation.

Les autres sont plus fréquentes : infectueuses surtout.

Parmi ces infections l'angiocholite simple ou suppurée est la plus importante.

Telle est la forme classique à ictère intermittent du cancer de l'ampoule de Vater avec sa longue évolution et ses complications tardives.

Parfois son tableau est modifié au cours de son évolution par l'apparition de manifestations douloureuses et surtout par la modification de l'allure intermittente de l'ictère. L'ictère devient ainsi secondairement permanent.

Cette allure progressive continue de l'ictère peut s'installer d'emblée réalisant alors la forme à ictère continu de cancer de l'ampoule de Vater.

2° Forme à Ictère continu progressif sans rémissions

Son début est progressif.

L'ictère s'installe insidieusement.

Son intensité s'accroît de jour en jour sans diminuer à aucun moment.

A l'examen on trouve souvent une grosse vésicule sous un gros foie de rétention biliaire.

La fièvre et les douleurs font défaut, par contre l'altération de l'état général est plus précoce.

Les hémorragies intestinales sont plus rares que dans la forme intermittente.

Enfin l'évolution semble être plus rapide.

Dans l'ensemble le tableau clinique rappelle celui d'un cancer de la tête du pancréas. L'élément particulier en faveur du cancer de l'ampoule de Vater reste toujours la découverte de l'hémorragie intestinale révélée surtout par le turgescence duodénale.

En son absence seule l'intervention exploratrice pourrait trancher le diagnostic.

3° Forme douloureuse

Les formes douloureuses paraissent relativement plus fréquentes dans le cancer de l'ampoule de Vater depuis ces dernières années. Cette fréquence plus grande semble être en rapport avec les résultats des vérifications opératoires ou anatomiques de grand nombre d'ictères par rétention douloureuse. En effet encore assez souvent, on a la surprise de trouver un cancer de l'ampoule de Vater là où le chirurgien cherchait un calcul de cholédoque.

En clinique, le tableau est complexe. Aux signes habituels d'ictère par rétention intermittent ou continu, et aux signes

accessoires fournis par les examens complémentaires, s'ajoutent des phénomènes douloureux.

Les douleurs sont surtout nettes au début de l'affection et s'atténuent ou disparaissent à une période plus avancée ; elles se présentent souvent sous la forme d'une gêne ou d'une sensation de distension plus qu'une douleur vraie. Elle est tantôt violente et passagère, tantôt plus durable mais discrète.

Elle est souvent rythmée par les repas.

Elle siège à l'épigastre ou dans l'hypochondre droit irradiant parfois en bretelle vers l'épaule droite.

C'est dire que ces douleurs peuvent simuler en tous points les douleurs lithiasiques. Et la confusion avec un calcul du cholédoque est d'autant plus facile que l'ictère associé est intermittent et souvent fébrile allant de pair avec un bon état général.

Là encore la découverte d'une hémorragie intestinale reste le meilleur argument en faveur du cancer de l'ampoule de Vater.

4° **Forme Fébrile**

La fièvre est un symptôme relativement fréquent au cours du cancer de l'ampoule de Vater.

Rarement il s'agit d'un état subfébrile continu et permanent.

Le plus souvent la fièvre décrit une courbe irrégulière entrecoupée de grands clochers thermiques autour de 39-40° accompagnés de frissons.

Chaque poussée thermique coïncide presque toujours avec une poussée ictérique. Elle se maintient autour de 38° pendant plusieurs jours pour baisser plus ou moins rapidement les jours suivants.

La fièvre disparaît souvent complètement au moment des périodes de rémission de l'ictère.

En somme, c'est l'image assez fidèle de la poussée ictérique et fébrile de la lithiase cholédocienne.

La confusion est encore accusée par l'association fréquente de manifestations douloureuses. La ressemblance est parfois telle que le cancer de l'ampoule de Vater réalise des véritables formes pseudo-lithiasiques.

5° Forme pseudo-lithiasique

L'ictère par rétention intermittent associé à des douleurs de types divers, à des clochers thermiques à chaque poussée ictérique, avec un bon état général, imposent d'emblée l'idée d'une lithiase cholédocienne.

Seule la perception d'une grosse vésicule et surtout l'existence d'une hémorragie intestinale pourrait corriger ce diagnostic.

Mais l'inconstance de ces signes assez caractéristiques du cancer de l'ampoule Vater, fait que pratiquement le diagnostic n'est posé avec certitude qu'au cours de l'intervention pour calcul du cholédoque.

6° Formes anatomo-cliniques

On a également essayé d'individualiser certaines formes anatomo-cliniques telles :

- une forme intestinale,
- une forme pancréatique,
- une forme cholédocienne.

Leurs signes particuliers seraient surtout fournis par les résultats des examens complémentaires et en particulier du tubage duodénal.

a) *La forme intestinale* paraît la plus fréquente et la plus riche en symptômes. En effet les trois syndromes :

- intestinal (avec son hémorragie),
- de rétentions pancréatique et biliaire seraient au complet.

Au tubage duodénal on trouve parfois un liquide duodénal sanglant dont l'étude chimique montre l'absence de bile et de ferments pancréatiques.

b) *La forme pancréatique* est la plus rare.

L'ictère est souvent peu marqué et a une tendance à devenir continu. Les examens complémentaires et surtout le tubage duodénal précisent l'absence de ferments pancréatiques.

c) *La forme cholédocienne* est une des plus fréquentes

L'ictère est constant, du type intermittent ou continu.

L'hémorragie est moins fréquente que dans la forme intestinale.

Au tubage duodénal on remarquerait surtout la persistance des ferments pancréatiques.

Cette forme cholédocienne apparaît comme la forme de cancer de l'ampoule de Vater la plus typique, dont l'évolution serait la plus rapide.

Telles sont les formes anatomo-cliniques du cancer de l'ampoule de Vater, dont chaque allure clinique particulière est des plus artificielles. Certes trop souvent les trois formes sont plus ou moins associées, et par ailleurs les différents signes distinctifs sont trop inconstants.

C'est dire encore les grandes difficultés qu'on rencontre pour poser le diagnostic de cancer de l'ampoule de Vater.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater est toujours très délicat et pratiquement un diagnostic d'élimination.

Ce diagnostic ne se pose en réalité qu'à partir de l'apparition de l'ictère.

C'est dire que c'est essentiellement le diagnostic d'un ictère chronique par rétention qui se pose.

Il importe d'abord de préciser si l'ictère est du à une obstruction cholédocienne (par conséquent chirurgical) ou à une lésion de la cellule hépatique.

Ce diagnostic est fortement orienté d'une part par le simple examen clinique, d'autre part, par certains examens de laboratoire.

A l'examen on trouve .

Dans les obstructions cholédociennes cette hépatomégalie particulière sur laquelle insiste le Professeur agrégé Brule.

Par contre, dans les *ictères infectueux*, le foie garde sensiblement son volume normal.

Quant aux *Cirrhoses du foie* si le foie est gros, il est aussi d'une dureté spéciale, s'opposant au gros foie des obstructions cholédociennes au cours desquelles le foie augmente de volume à mesure que progresse et que dure la rétention

biliaire, et surtout il garde une consistance sensiblement normale.

C'est un foie volumineux simplement parce qu'il est gorgé de bile et l'hypertrophie rétrocede en quelques jours quand l'obstacle cholédocien sera ou levé ou tourné par une anastomose.

Ce diagnostic d'obstruction cholédocienne est souvent précisé par les renseignements fournis par certains examens de laboratoire.

Examens de laboratoire :

Tel le dosage comparatif de la bilirubine et des sels biliaires dans le sang.

Dans les ictères par obstruction cholédocienne (sauf à une période très tardive de leur évolution) la rétention de la bilirubine et des sels biliaires reste parallèle.

Au contraire dans les ictères par Hépatite (ictère du type catarrhal, ictère infecteux, ictère des cirrhoses) on remarque l'existence d'une *rétention biliaire dissociée* que l'examen du sang permet de retrouver avec netteté et de chiffrer (la proportion de bilirubine dans le sang étant souvent beaucoup plus forte que la proportion de sels biliaires) (Brulé et Cottet).

Egalement importants pour ce diagnostic sont les résultats des épreuves :

de la *galactosurie provoquée* ;

de l'*épreuve de l'eau* (de Vaquez et Jules Cottet).

Dans les ictères par hépatite, ces deux épreuves donnent précocement de mauvais résultats.

Dans l'obstruction cholédocienne les épreuves donnent d'abord des résultats sensiblement normaux, et les résultats n'en deviennent mauvais qu'à mesure que le parenchyme hépatique souffre par suite de la rétention biliaire prolongée (Brulé et Cottet).

En somme grâce à ces procédés d'examen et à l'examen clinique on arrive pratiquement à différencier nettement un ictère par Hépatite non chirurgical d'un ictère par obstruction cholédocienne essentiellement chirurgical.

Une fois le diagnostic de l'ictère par obstruction cholédocienne posé, le problème de la *nature de l'obstacle* doit être longuement discuté.

Les problèmes de diagnostic se posent en réalité de façon différente suivant que l'ictère réalisé est intermittent ou progressivement continu.

Lorsque l'ictère est intermittent. — Le diagnostic de loin le plus important qui se pose est la *lithiase cholédocienne*.

Les antécédents de crises de coliques hépatiques, de douleurs vésiculaires, l'allure évolutive de l'ictère variable douloureux, fébrile, sont autant d'arguments classiques en faveur de la lithiase.

Mais en pratique tous ces signes sont rencontrés avec une fréquence assez grande au cours de certaines formes de cancer de l'ampoule de Vater.

L'examen local pourrait parfois fournir des éléments plus solides pour le diagnostic. On s'attachera surtout à préciser le volume de la vésicule biliaire.

Une petite vésicule serait en faveur de la lithiase.

Alors qu'une grosse vésicule plaiderait pour un cancer de l'ampoule. Mais ce n'est là qu'un simple schéma, car une grosse vésicule n'est pas exceptionnelle au cours de la cithiase et souvent une grosse vésicule peut rester imperceptible, couchée transversalement sous un gros foie gorgé de bile.

Aussi inconstants sont les troubles digestifs associés ; telles, la diarrhée, et surtout l'hémorragie intestinale, qui lorsqu'elle existe, reste un des meilleurs signes du cancer de l'ampoule de Vater. Elle est le plus souvent la découverte du tubage duodénal, qui par ailleurs montre l'absence de bile, même après injection de sulfate de magnésie, alors qu'au cours de la lithiase on obtient toujours une quantité variable de bile dans les mêmes circonstances (Bengolea et Suarez). Cependant ces résultats du tubage ne sont pas toujours concluants et par ailleurs les hémorragies intestinales ne sont pas exceptionnelles au cours de la lithiase.

Aussi le diagnostic entre ces deux affections est des plus difficiles, parfois aidé par les résultats de laboratoire ; mais trop souvent le problème n'est tranché qu'au cours de l'intervention.

Egalement difficile est le diagnostic des formes à type d'ictère continu.

Lorsque l'ictère est progressivement continu. — Le diagnostic majeur qui doit être envisagé reste le cancer de la tête du pancréas et accessoirement les cancers des voies biliaires, supérieures et inférieures.

On doit d'abord éliminer les ictères progressivement continus qui peuvent être réalisés par la compression des voies biliaires par :

Un kyste du foie ;

Une bride ;

Des adhérences autour d'un ulcère duodénal.

Les signes particuliers de chaque affection et surtout l'intensité de l'ictère, l'existence d'une grosse vésicule et l'altération de l'état général doivent d'emblée éveiller l'attention sur l'origine néoplasique de l'ictère.

Par ordre de fréquence en pratique on doit envisager d'abord le diagnostic de cancer de la tête du pancréas.

Le cancer de la tête pancréas. — Le tableau clinique est presque identique à celui du cancer de l'ampoule. Peut-être l'intensité et la précocité de la cachexie, l'absence totale et absolue de bile et de ferments antipancréatiques et surtout l'absence d'hémorragie intestinale seraient autant d'éléments en faveur de ce diagnostic.

Accessoirement on discutera le diagnostic d'un cancer des voies biliaires supérieures, d'un cancer des voies biliaires inférieures.

Le cancer des voies biliaires supérieures est une affection rare, dont l'ictère est peu intense, la décoloration des matières est inconstante (tant que la vésicule et le cystique sont seuls touchés). La grosse vésicule n'est que d'apparition tardive, et la sécrétion pancréatiques est normale.

Quant au *cancer de l'hépatique*, il ne donnerait à aucun moment une grosse vésicule.

Le cancer des voies biliaires inférieures est à l'origine d'un tableau clinique identique à celui du cancer de l'ampoule et dont la distinction est pratiquement impossible.

En résumé :

Le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater, une fois les ictères par hépatite éliminés, se pose principalement avec :

Le calcul du cholédoque ;

Et le cancer de la tête du pancréas.

Ce diagnostic repose essentiellement sur la recherche de l'hémorragie intestinale et sur l'état de la sécrétion bilio-pancréatique, c'est dire toute l'importance pour le diagnostic des examens complémentaires de laboratoire du carrefour duodénal.

EXAMENS DE LABORATOIRES

Les examens de laboratoires mettront en évidence surtout les rétentions pancréatiques, car les rétentions biliaires sont le plus souvent évidentes (par l'existence de l'ictère, la décoloration des matières).

Ces examens portant sur :

Les selles ;

Le sang ;

Les urines ;

Et surtout sur le suc doudéal, fournissent des renseignements d'un grand secours pour le diagnostic du cancer de l'ampoule, complétant ainsi le tableau clinique si peu caractéristique.

LES SELLES

Dans les selles l'examen met en évidence :

Des matières abondantes, de couleur mastic, très grosses, parsemées de gouttelettes huileuses.

Il est important de les examiner d'une manière plus pré-

cise après repas d'épreuve, dont on connaît exactement la teneur en graisse, en albumine et hydrates de carbone.

a) *L'examen chimique* classiquement montrerait outre l'absence de stercobiline que 90 % de graisses sont rejetées telles quelles dans les selles.

Pour les matières azotées et les hydrates de carbone, les résultats sont moins nets.

Mais ces notions sont à réviser.

D'une part *Brulé* et *Garban* ont démontré que la stercobiline peut exister dans l'intestin alors que la voie biliaire principale est complètement obstruée ; l'urobiline pénètre alors dans l'intestin par la circulation sanguine.

D'autre part, *Lemierre*, *Brulé* et *Laudat* ont montré que l'arrêt du passage du suc pancréatique dans l'intestin ne modifie pas l'absorption des graisses et que seule la bile a un rôle primordial dans cette absorption.

Ainsi l'examen chimique des selles ne semble présenter qu'un intérêt accessoire quant à préciser la rétention bilio-pancréatique.

b) *L'examen microscopique* décèle que :

Les graisses existent à l'état de graisses neutres, il n'y a ni acides gras ni savons ;

Les fibres musculaires sont nombreuses et elles ont conservé leur striation longitudinale et transversale et leur noyau (R. de Schmidt).

Pareils résultats de l'examen des selles prouvent qu'il y a un déficit bilio-pancréatique.

L'examen des selles enfin, permet également (dans le cas

ou le tubage reste infructueux) de dépister des hémorragies intestinales (Réaction de Meyer, Weber, Rolland).

LE SANG

Le sang renferme des sels biliaires et des pigments biliaires en abondance. L'amylase sanguine est augmentée. On signale également la présence de l'oléolipase qu'on considère comme spécifique de la lipase pancréatique. Enfin l'épreuve des hémococonies en période digestive est négative.

LES URINES

Dans les urines, outre les sels et les pigments biliaires, on trouve une amylase considérable.

Cette amylase urinaire allant de pair avec l'amylase sanguine et l'absence d'amylase fécale aurait une certaine valeur diagnostique (Rathery, Loeper).

Quant aux épreuves de la galactosurie provoquée et l'épreuve de l'eau, elles permettront surtout de juger de la valeur fonctionnelle du foie, permettant ainsi de suivre et de surveiller l'évolution de la maladie.

Elles se montrent sensiblement normales au début de l'affection. Par contre elles deviennent mauvaises lorsque la cellule épatique commence à souffrir de la rétention biliaire.

LE LIQUIDE DUODÉNAL

Son étude est un temps essentiel de l'examen.

Le tubage duodénal est la méthode de choix, suivant la technique de Einhorn, modifiée par Meltzer-Lion.

Le tubage duodénal fournit des renseignements de la plus haute valeur diagnostique.

Il doit être pratiqué systématiquement au cours de tout ictère chronique par rétention. Malheureusement ce tubage n'est pas possible dans tous les cas (insuccès en rapport avec la pusillanimité du malade, ou avec des causes diverses qui empêchent l'olive de franchir le pylore). Aussi faudra-t-il répéter les tentatives après préparation du malade (administration d'anti spasmodique).

Sa réussite permet la recherche et le dosage de la bile et du suc duodénal et surtout la recherche du sang.

Le *tubage* ramène un liquide qui ne renferme *pas de bile* dans la majorité des cas. L'absence de bile dans le liquide duodénal, contrastant avec l'apparition de sels et de pigments biliaires dans le sang et dans les urines constitue un bon élément de diagnostic.

Cependant, parfois, après plusieurs tubages et surtout après injection de sulfate de magnésie et d'huile d'olive, on peut obtenir de la bile au cours des périodes de rémission de l'ictère. Dans ce liquide il est important de rechercher les ferments pancréatiques, la lipase en particulier (plus accessoirement l'amylase, la trypsine).

Dans le cas d'un cancer de l'ampoule on ne trouve pas de *ferments duodénaux*. Cette disparition des ferments pancréatiques et en particulier de l'amylase, correspondant à la disparition de l'amylase fécale et son augmentation dans les urines et dans le sang constitue un syndrome de rétention pancréatique assez particulier au cancer de l'ampoule.

Le syndrome de rétention pancréatique et celui de réten-

tion biliaire sont souvent associés, plus rarement dissociés. En somme le tubage duodénal au cours du cancer de l'ampoule permet de préciser la rétention pancréatico-biliaire.

Cette rétention pancréatico-biliaire prend une réelle importance lorsqu'elle est associée à une *Hémorragie intestinale*.

C'est également le tubage qui permet de déceler cette hémorragie dont la valeur diagnostique est capitale :

Tantôt l'hémorragie est facilement reconnue lorsque le tubage ramène un liquide sanguinolent ou nettement sanglant.

Tantôt l'hémorragie est minime et seules les réactions de Weber, Meyer, Rolland pourront la déceler.

On ne saurait trop insister sur la valeur de ce signe presque spécifique du cancer de l'ampoule de Vater.

Accessoirement nous signalerons que parfois la recherche des éléments cellulaires dans le liquide duodénal a pu déceler des cellules cancéreuses. Mais cette recherche semble des plus délicates.

RADIOGRAPHIE

En matière de cancer de l'ampoule, la radiographie fournit des renseignements très inconstants et fort peu caractéristiques.

L'ampoule n'est presque jamais visible. On peut voir un refoulement de la 3^e portion du duodénum, surtout dans les cancers propagés à la tête du pancréas. Parfois on note un aspect effilé, spasmodique du 2^e duodénum qui n'a d'ailleurs rien de caractéristique.

Cependant la radiographie fournit certains éléments qui gardent leur valeur diagnostique, telle l'absence de calculs vésiculaires visibles.

En résumé : parmi les différents examens complémentaires pratiqués au cours du cancer de l'ampoule de Vater. Le tubage reste la méthode la meilleure qui décèle les éléments les plus caractéristiques de ce cancer.

PRONOSTIC

Comme tout cancer, la néoplasme de l'ampoule de Vater a un pronostic fatal.

Mais ce qui lui est particulier c'est la longue durée de son évolution, en rapport avec le peu de tendance à l'extension de ce cancer, la rareté et l'apparition tardive des métastases.

L'aggravation de l'état général tient plus des lésions secondaires du foie et du pancréas (dues à la rétention bilio-pancréatique) que de la cachexie cancéreuse qui est très tardive.

Aussi le traitement doit surtout viser à juguler la rétention pancréatico-biliaire. Grâce à ce traitement on obtient des améliorations considérables des survies appréciables dépassant un an.

Pendant ces périodes d'amélioration l'ictère disparaît, le malade reprend même sa vie normale et se croit guéri. Mais les rechutes sont inévitables, les métastases apparaissent et la mort survient souvent à l'occasion d'une complication infectieuse surajoutée.

TRAITEMENT

Le traitement radical, consistant en une exérèse large de la lésion a été tenté à plusieurs reprises, suivant des techniques diverses, donnant des résultats encourageants. Mais les récives et surtout la mortalité post-opératoire, limitent actuellement le traitement à une simple opération palliative.

Ce traitement aura comme but à créer une dérivation biliaire, d'autant plus indiquée que nous connaissons l'évolution lente des cancers des voies biliaires, quand le danger immédiat de la rétention biliaire est supprimé.

Ainsi le traitement de choix reste une stomose gastrique ou duodénale à la vésicule biliaire. Elle atténue les troubles fonctionnels et prolonge certainement le malade. Encore faut-il, comme dans toute obstruction biliaire, intervenir assez précocement sinon le pronostic opératoire est aggravé par l'insuffisance hépatique secondaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*personnelle*)

Ben..., âgé de 63 ans est pris le 2 janvier 1936 d'une crise douloureuse violente du flanc droit et de vomissements. Cette crise dure 5 à 6 heures et le lendemain matin un ictère est apparu, sans fièvre, ictère léger, qui disparaît rapidement.

Trois jours plus tard, les mêmes faits se reproduisent ; douleur nocturne, vomissements, ictère passager ; ce dernier est cependant plus lent à disparaître et ne s'efface qu'au bout de 4 jours.

Ce n'est qu'après un troisième paroxysme douloureux que s'installe définitivement la jaunisse, qui augmente progressivement. Les urines sont foncées, les matières complètement décolorées, le prurit est apparu et lorsqu'on est appelé auprès du malade, le 15 janvier, on se trouve devant le tableau classique d'un ictère par rétention.

L'examen montre un foie légèrement augmenté de volume, de consistance normale. On ne sent pas la vésicule biliaire. La rate n'est pas hypertrophiée. Les urines sont riches en pigments et sels biliaires. Quelques examens complémentaires sont pratiqués :

Une radiographie, sans préparation, ne montre pas d'image calculeuse.

L'épreuve de la galactosurie (technique de N. Fiessinger et Thiébaud) donne une élimination normale :

L'épreuve de diurèse provoquée (technique de Vaquez et Jules Cottet) donne des résultats sensiblement normaux.

Les renseignements les plus intéressants sont donnés par les tubages du duodénum. Les deux premiers d'entre eux ne franchissent pas le pylore, mais le troisième ramène du liquide duodénal teinté de sang, sans excrétion biliaire après instillation de la solution de sulfate de magnésie.

Entre temps le malade présente une petite hémorragie intestinale. On pose le diagnostic de néoplasme de l'ampoule de Vater. Un nouvel examen radiographique, avec étude de la région vatricienne, reste négatif et le malade est opéré le 4 février par le docteur Charrier. L'intervention, pratiquée à l'anesthésie locale, montre une distention importante de la vésicule et au niveau de la 2^e portion du duodénum, dans la région vatricienne, une petite masse dure, arrondie du volume approximatif d'une noisette.

Anastomose cholécysto-duodénale.

Les suites opératoires sont rapidement favorables ; disparition du prurit, puis de l'ictère, amélioration de l'état général traduite par une reprise de poids de 7 kilogrammes.

Le malade semble guéri et reprend son travail particulièrement fatigant. L'amélioration est telle que, au bout de plusieurs mois, l'on se prend à douter de l'exactitude du diagnostic. Mais celui-ci est confirmé un an plus tard. En mars 1937 l'amaigrissement reprend on perçoit une tumeur

profondément située dans la zone pancréatico-cholédocienne. Le foie est augmenté de volume, irrégulier, envahi de nodules néoplasiques secondaires. Le cancer du foie évolue avec une rapidité extrême et la mort survient le 11 mai 1937.

OBSERVATION II (*personnelle*)

Gib..., âgé de 46 ans, voyageur de commerce est admis à l'hôpital Tenon le 31 août 1937, pour un ictère généralisé dont le début remonte à un mois.

Le développement de l'ictère a été précédé de crises douloureuses épigastriques nocturnes, douleurs fixes sans vomissements.

Au bout de 15 jours l'ictère s'éclaircit, mais il ne s'agit là que d'une rémission passagère, incomplète, et la jaunisse va s'accroître progressivement.

Le jour de son entrée, le malade est d'un jaune intense, les urines très foncées, acajou ; cependant les matières ne sont pas complètement décolorées ; le prurit est déjà marqué, surtout nocturne.

L'examen montre un foie augmenté de volume, son bord inférieur moussu, dépasse de deux travers de doigt le gril costal, sa consistance est uniforme, ferme, il n'est pas douloureux.

On ne peut percevoir la vésicule biliaire. La rate n'est pas augmentée de volume. Par ailleurs l'examen somatique ne montre rien qui soit à retenir. Il n'y a pas de fièvre.

Les radiographies pratiquées ne montrent aucune image de lithiase.

Par contre l'injection de baryte met en évidence un aspect assez particulier de la 2^e portion du duodénum, qui, sur 12 films est rétrécie, filiforme, spasmodique, sans encoches en un point précis, sans imprégnation de l'ampoule de Vater par la baryte sans élargissement du cadre duodénal.

L'épreuve de la galactosurie donne des résultats médiocres :

Dans les urines la recherche des sels, des pigments biliaires et de l'urobiline est positive.

Trois tubages de duodénum sont d'abord tentés sans succès, ce n'est que le 21 septembre que la sonde d'Einhorn ramène un liquide d'abord clair puis teinté de sang mais ne contenant pas de bile après l'injection de sulfate de magnésie puis d'huile d'olive.

Pendant trois semaines l'ictère a foncé progressivement, prenant une teinte verdâtre les matières se sont complètement décolorées le prurit est devenu intolérable ? L'état général s'est altéré, le poids a fléchi d'un kilogramme par semaine, une nouvelle épreuve de diurèse provoquée à 15 jours de la précédente, nous montre cette fois-ci un trouble important.

Non sans peine, nous parvenons à décider le malade à se faire opérer.

L'intervention est pratiquée le 2 octobre par Dr Jourdan dans le service du docteur Roux-Berger avec le diagnostic clinique de néoplasme de l'ampoule de Vater. Le foie est volumineux, gorgé de bile cirrhotique, la vésicule biliaire très distendue, on perçoit inscrite dans la concavité de la deuxième

portion duodénale une masse dure, bien limitée, mobile de la taille d'une noisette quelques ganglions existent dans la région sous-hépatique, mais éloignés du canal hépatique.

Anastomose cholécysto-gastrique.

Les suites immédiates sont favorables, cholestémie et bilirubinémie s'abaissent rapidement, 4 jours après l'intervention l'examen ne montre plus que 0 gr. 016 de sels biliaires et 0 gr. 500 de bilirubine par litre de sérum sanguin. Le malade retrouve son appétit, l'état général s'améliore très nettement et le malade reprend ses occupations.

OBSERVATION III (*Service du Professeur LOEPER*)

Le malade entré le 28 avril 1937 : il a 50 ans, est garçon de café ; il a souffert autrefois assez souvent de l'estomac au point que l'apparition de douleurs plus violentes ne l'a nullement surpris. Elles sont cependant très vives ; ces douleurs sont comparables à une torsion ou à une déchirure du creux épigastrique, avec irradiation à l'épaule droite. Elles surviennent la nuit et obligent le malade à se lever et à aller, plié en deux, se placer près d'un radiateur. Il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni fièvre, et le médecin consulté pense à un ulcus. En mars environ, la situation change. Un ictère complet apparaît, généralisé avec tous les signes de la rétention biliaire : prurit, selles blanches, urines rares et foncées. En trois semaines, le malade maigrit de 13 kg. On pense à une lithiase biliaire, d'autant plus que cette crise n'est pas la première. Le début de ses douleurs remonte à 30 ans envi-

ron, et les nombreuses crises douloureuses furent réparées par des périodes d'accalmie variant de quatre mois à quelques années.. En 1936, à peu près à la même époque, une crise est survenue assez forte alors que le malade ne souffrait plus depuis six ans ; elle dura quatre mois, puis disparut, comme par enchantement. Fallait-il imputer ces crises douloureuses, paroxystiques, à la lithiase biliaire ? Peut-être, au début, pour les premières crises pouvait-on soutenir cette hypothèse, mais ces derniers temps, l'amaigrissement devint si prononcé qu'il ne fut plus possible de croire à un simple calcul, et qu'on dut envisager le diagnostic de cancer.

A l'examen, le foie était dur, gros, sensible, non douloureux, la rate était de volume normal, et elle était percutable. Le creux épigastrique était terriblement sensible et la palpation du pancréas très douloureuse. On ne sentait pas la vésicule. Une radiographie resta négative : le tubage duodénal ne fut pas supporté. C'est alors que le malade est confié à M. Bréchet qui trouve un néoplasme de la tête du pancréas sans aucun calcul ; il se contente de désinfecter avec de l'alcool et de refermer la plaie. A l'autopsie, quelques jours après l'opération, on trouve un gros foie biliaire, plein, à peine scléreux, une grosse vésicule très tendue, le cholédoque dilaté de la grosseur du pouce, le pancréas dur qui montre à la coupe des canaux un peu dilatés ; dans l'ampoule une caroncule minuscule comme un pois, mais si mal placée qu'elle bouchait le cholédoque et le canal de Wirsung, et avait provoqué la distension du foie et du pancréas.

A l'examen microscopique ce néoplasme montrait des cel-

lules typiques cylindriques, glandulaires, d'origine ampul-
laire.

OBSERVATION IV (*Service du Professeur LOEPER*)

Malade vu en 1919. Il était ictérique depuis six semaines et cet ictère s'accompagnait de douleurs durant de 5 à 6 heures dans la soirée ou dans la nuit. Elles apparaissaient fréquemment trois heures après le repas du soir et siégeaient plutôt à droite. L'examen du sang révélait une anémie appréciable : 2.300.000 ; la cholestérinémie était de 3 gr. 45 ; le tubage ne ramenait pas de bile mais du sang. On a fait alors le diagnostic, non de calcul, mais de cancer du pylore, avec propagation biliaire. Le malade a été opéré à Boucicaut et le chirurgien trouva un cholédoque dilaté et une tumeur sous-jacente ; il fit une cholécysto-entérostomie et referma.

Le malade meurt un mois après et l'autopsie révèle un foie normal, un pancréas dur ; l'ampoule de Vater paraît à peu près libre mais le canal cholédoque est épaissi, induré et assez dilaté au-dessus. Un noyau néoplasique est là en virole assez petit et touche à peine à l'ampoule de Vater et au canal de Wirsung.

L'examen microscopique montre un épithélioma cylindrique à cellules assez hautes et riches en cariokynèses.

OBSERVATION V (*Service du Professeur LOEPER*)

Il s'agit d'une femme de 36 ans, nettement ictérique depuis 6 semaines et dont les selles étaient décolorées. Une période douloureuse au début avait semblé être due à des coliques hépatiques. Depuis, les douleurs s'étaient espacées mais restaient souvent provoquées par les repas et s'accompagnaient souvent de barre épigastrique avec irradiations dans le dos et sensation de syncope et de nausées. Il existait une anémie sérieuse : 2300.000. La vésicule restait petite et l'on pensait évidemment à la lithiase. Chez cette malade l'interventien a révélé un néoplasme du pancréas, à type excréteur et l'autopsie, 3 semaines après, a montré un cancer squirreux, du canal de Wirsung et du cholédoque, et une sclérose presque cylindrique, de la tête du pancréas, avec dilatation énorme complète du pancréas où persistaient cependant quelques îlots de Langerhans.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'ampoule de Vater n'est pas exceptionnel. Les observations se multiplient de jour en jour.

2° *Au point de vue anatomo-pathologique*, il réalise essentiellement une lésion limitée, circonscrite, ayant peu de tendance à la propagation locale ou à la généralisation, expliquant ainsi la durée relativement longue de ce cancer.

3° *En clinique* on trouve une triade symptomatique assez caractéristique du cancer de l'ampoule de Vater, comprenant l'association :

D'un ictère par rétention plus ou moins intermittent ;

Une grosse vésicule ;

Et une hémorragie intestinale.

4° *L'hémorragie intestinale* reste le meilleur signe et presque pathognomonique qu'il faudra rechercher systématiquement.

5° *Le tubage duodénal* reste l'examen complémentaire le meilleur qui met en évidence, d'une part :

La rétention pancréatico-biliaire ;

D'autre part :

L'existence de l'hémorragie intestinale.

6° *Parmi les formes cliniques* : les formes douloureuses et fébriles sont les moins caractéristiques et de diagnostic souvent très difficile,

7° *Le diagnostic* doit être discuté en deux étapes :

a) Préciser d'abord qu'il s'agit bien d'un ictère par obstruction cholédocienne et éliminer ainsi les ictères par hépatites (diagnostic possible grâce à l'examen clinique et aux investigations modernes de laboratoire).

b) Remonter ensuite à la cause de cette obstruction cholédocienne et envisager la possibilité d'un cancer de l'ampoule de Vater. Ce diagnostic est considérablement aidé par les résultats du tubage duodénal. L'absence absolue de bile dans le liquide duodénal plaide nettement en faveur d'un obstacle néoplasique.

La découverte d'une hémorragie intestinale permet d'affirmer presque l'existence d'un cancer de l'ampoule. Certes les cancers des voies biliaires inférieures bien plus rares, peuvent donner la même symptomatologie. Aussi leur diagnostic ne sera le plus souvent qu'une trouvaille d'intervention ou de vérification anatomique.

8° *Le traitement* sera surtout un traitement palliatif, consistant en une anastomose cholécysto-gastrique ou duodénale. Cette intervention doit être pratiquée assez tôt avant que la valeur fonctionnelle du foie soit compromise par la rétention biliaire prolongée. A cette condition ces malades sont améliorés et prolongés vue l'évolution lente de ces cancers de l'ampoule de Vater.

VU : LE DOYEN
Pour le Doyen, l'Assesseur
A. BAUDOUIN

VU : *Le Président de la Thèse*
LEMIERRE

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AYNAUD. — Les cancers de l'amp. de Vater (*Gaz des Hôp.* 1907, p. 807).
- BUSSON. — Du cancer de l'amp. de Vater (Thèse de Paris, 1890).
- CARNOT et HARVIER. — Cancer Wirsungien de l'amp. de Vater (Soc. Méd. Hôp., 1906).
- CHAMBRAS. — Les cancers de l'amp. de Vater (Thèse de Paris, 1906).
- HARTMANN. — Rapport (Bull. de la Soc. Chirurg., 28 déc. 1910).
- LETULLE. — Les cancers primitifs de l'amp. de Vater (*Pr. Méd.*, 1906).
- QUENU. — Cancer des conduits biliaires (*Rev. Chérur.*, 1909).
- STAKEVITCH, Vera. — Contribution à l'étude du cancer de l'amp. de Vater (Thèse, 1914).
- P. VARANGOT. — Contribution à l'étude du cancer de l'amp. de Vater (Thèse Paris, 1931).
- JEANNIN et DESLANDRES. — Un cas de néoplasme de l'amp. de Vater (*La Bourgogne Médicale*, 4 déc. 1931).
- NOEL-FIESSINGER. — La forme pseudo-lithiasique du cancer de l'amp. de Vater (*Journ. des Prat.*, 13 août 1932).

CARNOT Paul. — Les ampullomes vatriens à ictère intermittent, 16 mai 1928.

LOEPER. — Cancer douloureux de l'amp. de Vater (*Progr. Médic.*, 1^{er} janvier 1938).

MM. BRULE, HILLEMANT et J.-L. HERRNONSCHMIDT. — Deux cas de cancer de l'amp. de Vater diagnostiqués cliniquement (*Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, T. 27, n° 10 déc. 1937).

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	9
<i>Définition</i>	10
<i>Anatomie pathologique</i>	11
<i>Pathogénie</i>	14
<i>Etiologie</i>	17
<i>Clinique</i>	18
<i>Diagnostic</i>	29
<i>Examens de Laboratoires</i>	35
<i>Pronostic</i>	41
<i>Traitement</i>	42
<i>Observations</i>	43
<i>Conclusions</i>	51
<i>Bibliographie</i>	53

